Extrait de la *Revue médicale de la Suisse romande*.
N° 6. — Juin 1895.

(8)

D'UNE NOUVELLE OPÉRATION

DE

NÉPHROPEXIE

Communication faite au Congrès des médecins suisses à Lausanne, le 4 mai 1895, au nom des Drs Poullet et Vulliet.

PAR

M. le Dr VULLIET
professeur à la Faculté de médecine de Genève.

Faisant une visite à mon collègue et ami le Dr Poullet, de Lyon, je lui vis faire une opération de son invention, destinée à obtenir la cure radicale des hernies inguinales et crurales.

Cette opération consiste à emprunter aux tendons des adducteurs cruraux qui s'insèrent au pubis des lambeaux que l'on détache de leurs insertions musculaires en les laissant adhérents au pubis. Ces lambeaux sont ensuite retournés vers l'orifice herniaire, et passés plusieurs fois à travers les piliers, de manière à fermer l'anneau, ne laissant sortir que le cordon.

Ayant depuis pratiqué moi-même plusieurs fois cette opération, je pus me convaincre que cette clôture autoplastique se conservait indéfiniment aussi épaisse, aussi résistante, aussi fibreuse qu'au premier jour.

A la même époque, j'étais à la recherche d'une opération de néphropexie.

La suture me donnait les mêmes déceptions qu'à d'autres; la capsule du rein est trop mince, et le tissu rénal est trop friable pour fournir les éléments d'une fixation durable au moyen de sutures.

L'idée me vint alors qu'on pourrait passer un tendon à travers le rein flottant et le fixer au moyen de ce ligament vivant; je communiquai mon idée à Poullet, et nous décidâmes d'entreprendre en collaboration des études destinées à établir si une opération semblable était faisable ou non.

Des recherches anatomiques nous firent trouver dans la région dorsale et dans le voisinage du rein le tendon rubanné, long, facile à détacher que nous cherchions. Il n'y avait plus qu'à le faire passer dans la loge du rein et à travers le rein lui-même, manœuvre qui, comme nous allons le voir, ne présente aucune difficulté. L'opération était donc techniquement faisable, mais il restait à savoir si ce tendon ne subirait pas des altérations le rendant, immédiatement ou à la longue, impropre à ce rôle de ligament rénal.

Les uns nous prédisaient la gangrène ou l'exfoliation immédiate, d'autres prétendaient qu'il se résorberait à la longue, et que la suspension deviendrait illusoire.

Afin d'éclaircir ce point, le plus important de tous, nous entreprîmes des expériences sur des chiens de grande taille.

Nous fîmes tous les deux, au mois de janvier 1894, notre opération, Poullet à Lyon, dans le laboratoire de M. le prof. Lépine, et moi à Genève, dans celui de M. le prof. Schiff. Il opéra un grand St-Bernard adulte, et j'opérai une jeune chienne de la race d'Ulm. Le chien opéré à Lyon a été autopsié quatorze mois après l'opération. La chienne opérée à Genève n'est pas encore autopsiée; elle reste afin de témoigner, en cas de besoin, du sort du tendon après un délai encore plus long.

Voici, Messieurs, la pièce anatomique provenant de l'autopsie du chien de Lyon: Vous y voyez d'une part un fragment de la colonne vertébrale, c'est une partie de la première vertèbre lombaire, et, d'autre part, un rein; enfin, entre le rein et le fragment de la colonne vertébrale, des muscles qui sont ceux de la région postéro-latérale du dos. Au fond d'une incision pratiquée dans ces muscles, vous voyez *un tendon qui relie de la façon la plus solide le rein à l'apophyse épineuse de la vertèbre.*

Vous voyez que je peux tirer fortement sur le rein sans rien rompre. En effet, ce tendon n'est altéré ni dans sa forme, ni dans son épaisseur, ni dans sa texture, ni dans son aspect nacré; sa fusion avec le viscère est parfaite. La macération et le ratatinement produits par l'immersion dans l'alcool ne permettent plus aujourd'hui de reconnaître son trajet dans le rein même; il faudrait pour cela sacrifier la pièce, mais je puis vous dire qu'à l'état frais on pouvait le suivre sous la capsule qui, à son niveau et de chaque côté, était fortement épaissie. Cette pièce constitue un document péremptoire, prouvant qu'*un tendon dévié et greffé est susceptible de continuer à vivre indéfiniment, lorsqu'on laisse intacte une de ses insertions.* Il peut par conséquent être utilisé comme moyen de fixation définitif.

Dès lors, il ne nous restait plus qu'à chercher, chacun de notre côté, des malades assez souffrantes d'un rein mobile pour légitimer une opération, et assez courageuses pour consentir à courir les risques d'un premier essai.

Ce fut mon ami Poullet qui la trouva le premier, et le 25 avril 1895, je me rendis à Lyon, où l'opération fut faite par lui, avec mon assistance, en présence des Drs Frantz Glénard et Rafin. Ils examinèrent la malade avant l'opération, et constatèrent que le rein droit était déplacé au troisième degré. Le rein gauche était lui-même mobile, mais à un degré moindre. Je crois inutile de donner une histoire complète de la malade; qu'il me suffise de dire qu'elle était âgée de trente-huit ans et qu'elle était devenue incapable de gagner sa vie, ne pouvant rester debout ou marcher au delà de quelques minutes. Voici la description de l'opération, que nous diviserons en quatre temps :

Premier temps. On fait dans le flanc l'incision ordinaire pour arriver extrapéritonéalement sur le rein; une fois celui-ci mis à jour, un aide le refoule vers la plaie, l'opérateur l'attire et s'assure qu'il peut l'amener suffisamment au dehors pour procéder *de visu* aux manœuvres nécessaires pour y faire passer ultérieurement le tendon. Le rein est ensuite abandonné, la plaie est capitonnée de gaze et fermée provisoirement avec des pinces à griffes.

Second temps. La malade est inclinée davantage sur le flanc de manière à présenter son dos. A deux centimètres de l'épine dorsale et parallèlement à elle, nous pratiquons une incision de huit centimètres environ dont le milieu doit correspondre à la

première lombaire. Cette incision traversera d'abord les téguments, secondement l'aponévrose dorsale qui sera incisée sur la sonde cannelée.

Les tissus divisés ayant été écartés à droite et à gauche, on trouvera toute la série des faisceaux tendineux par lesquels le muscle long dorsal s'insère aux apophyses épineuses. On charge sur une sonde cannelée ou sur une aiguille Deschamps celui de ces tendons qui s'insère à l'apophyse épineuse de la première lombaire; ce tendon est large comme un gros lacet de bottine; on le soulève jusqu'à ce qu'on puisse insinuer deux doigts dessous, alors, en exerçant des tractions, le ruban tendineux finit par arracher ses insertions musculaires vers l'épaule.

Il mesure en général de 22 à 24 centimètres de longueur.

Il porte à son extrémité des lambeaux de tissu musculaire dont on enlève une partie par raclage. On se trouve alors en possession du futur ligament rénal.

Il faut veiller à ne pas le souiller et à l'employer à sa destination au plus vite.

Troisième temps. La plaie d'accès vers le rein est ouverte à nouveau et l'opérateur plonge sa main dans la loge du rein à travers la paroi postérieure de laquelle il fait de la palpation bimanuelle jusqu'à ce que ses doigts se sentent les uns les autres dans l'espace qui sépare les apophyses transverses de la douzième dorsale et de la première lombaire.

Au moyen d'un long et fort stylet, il transperce la couche musculaire de dedans en dehors et passe le tendon dans l'ouverture du stylet.

Celui-ci retiré le tendon sort dans la loge du rein et tout est prêt pour le dernier temps.

Quatrième temps. Le rein est amené suffisamment au dehors de la plaie pour pouvoir être transpercé en séton, de bas en haut sur sa face postérieure, près de son bord externe.

Nous avons utilisé une petite spatule métallique mousse un peu plus large que le tendon et munie d'un châs.

Elle est entrée facilement sous la capsule, pénétrant au niveau du troisième quart inférieur du rein pour ressortir au niveau du quart supérieur. L'extrémité du tendon est chargée au moyen d'un fil sur le châs de la spatule. Nous prenons des précautions pour que l'engagement du tendon sous la capsule et dans le rein ne provoque pas de déchirure. Une fois qu'il est bien engagé, nous retirons la spatule; le tendon suit et ressort à la partie inférieure du rein.

On pourrait aussi passer le tendon transversalement sous la capsule. Je crois cependant que la manœuvre serait plus difficile, le tendon ressortant beaucoup plus haut dans les profondeurs de la loge rénale.

Après cette transfixion le tendon émerge encore du viscère de 1 à 5 centimètres.

Hémorragie à peine notable. Le rein est réduit avec beaucoup de ménagements à sa place. L'extrémité du tendon est passée de nouveau à travers la paroi musculaire postérieure de la cavité abdominale, cette fois de dedans en dehors, puis son bout libre est fixé par des sutures métalliques à la plaie. Les chefs de ce fil ressortent à la peau après avoir décrit dans la profondeur un 8 de chiffre. Nous avons aussi placé sur le dos, sous le tendon détaché, un fil métallique. Nous pouvons donc au besoin retrouver les deux extrémités de ce tendon et le retirer en cas d'accidents.

Suites. Chez la malade que nous avons opérée, comme chez nos chiens, les suites furent absolument apyrétiques. Pendant les premières 24 heures quelques nausées dues au chloroforme, un ou deux vomissements, pendant lesquels la malade sent sa plaie dans le flanc. Elle n'éprouve aucune douleur dans le dos, pas même dans le point où s'est produit l'arrachement de l'extrémité du tendon. Elle ignore que l'on a fait quelque chose de ce côté. On peut appuyer sans éveiller de douleurs.

Il ne s'est produit aucun suintement, ni sanguin, ni séreux.

Le huitième jour on enlève les fils métalliques, la réunion des plaies par première intention est complète. La malade reste levée à partir de ce moment.

Le 12 mai, c'est-à-dire 17 jours après l'opération, elle marche et se tient debout pendant plusieurs heures, elle fait elle-même son lit, soulevant de lourds matelas, tout cela, sans éprouver ni douleurs, ni fatigue.

On peut cependant encore sentir son rein. Est-ce parce que nous ne l'avons pas remonté assez haut, ou est-ce une persistance du gonflement opératoire ? C'est ce qu'un avenir prochain démontrera. On constate que le rein est fixé à la région lombaire, *il est impossible de produire sa descente, c'est là le point essentiel.*

Pour apprécier la portée définitive de l'opération, il faudra attendre plus longtemps encore, et il faudra surtout avoir opéré un certain nombre de cas.

Voici une planche qui a été faite par M. Balicky, l'artiste habile qui a exécuté la plupart des dessins du superbe atlas d'anatomie de notre confrère Laskowsky.

a. Le tendon dévié. Le pointillé indique son trajet : 1° dans les muscles; 2° sous la capsule du rein.

b. Apophyse épineuse de la 1re lombaire.

c. Masse musculaire.

d. Dernière côte.

Ce dessin est forcément un peu schématique, bien qu'il ait été fait d'après la pièce que je viens de vous soumettre. Tel qu'il est, je crois qu'il illustre suffisamment et sans autres commentaires ma description, pour permettre à d'autres de répéter cette opération dont j'ai eu le premier l'idée, mais dans les étu-

des et l'exécution de laquelle M. le Dr Poullet a eu une plus grande part que la mienne.

Nous remercions le Comité de ce Congrès de nous avoir accordé la parole, ce qui nous permet d'offrir cette primeur à une assemblée dans le sein de laquelle nous comptons des chirurgiens illustres qui ont toujours été parmi les premiers, lorsqu'il s'est agi d'expérimenter des innovations chirurgicales logiques.

P. S. Depuis cette communication la malade a été présentée le 13 mai (18 jours après son opération) à la *Société nationale de médecine de Lyon*, par M. le Dr Poullet. Les membres de cette société ont pu s'assurer de la fixité du rein dans la position qu'on lui a donnée. On a constaté l'excellent état général de l'opérée qui vient de marcher plusieurs heures.

Le 19 mai, M. le Dr Poullet est allé la voir chez elle. Il l'a trouvée enchantée de *sa guérison*. En la palpant avec soin, il lui a été impossible de saisir et d'abaisser le rein, bien qu'il ait été fixé un peu bas.

En résumé cette opération qui, à première vue, semble être une très grosse intervention a été d'une bénignité remarquable, aussi bien sur l'homme que sur les chiens.

Tout se passe hors du péritoine, et, si l'on prend toutes les précautions antiseptiques voulues, il n'y a aucune raison de redouter des complications.

C'est un gros traumatisme, mais ce n'est pas un traumatisme grave.

IMPRIMERIE AUBERT-SCHUCHARDT
Rey et Malavallon, successeurs.